

_____薬局 _____店 御中

_____様につきましては、____月 ____日に_____目的で当院へ
入院することとなりました。

つきましては、下記薬剤が休薬となります。

そのため、下記休薬期間分については、一包化から外して頂きますようお願い
申し上げます。

不明な点があれば、当院 薬剤部までご連絡下さい。

代表電話:054-285-6171

薬剤名	休薬期間

_____年 ____月 ____日

静岡済生会総合病院 薬剤部 _____